

11209
2 of 60



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Instituto Nacional de la Nutrición
"Salvador Zubirán"
S. S.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL HIGADO POLIQUISTICO

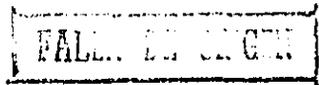
TESIS DE POSTGRADO
Que para obtener el título de
Especialista en Cirugía General
presenta

Dr. Edmundo Guraieb Barragán



México, D. F.

1988





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE:

INTRODUCCION.....	1
MATERIAL Y METODOS.....	7
RESULTADOS.....	21
CONCLUSIONES.....	24
ESQUEMA "TECNICA DE LIN".....	27
BIBLIOGRAFIA.....	28

INTRODUCCION:

El término de enfermedad quística del hígado se refiere a - - aquellos quistes no parasitarios, y que pueden ser igualmente congénitos o adquiridos. La enfermedad poliquistica hepática corresponde al espectro clínico de enfermedad poliquistica, - la cual se hereda en forma autosómica dominante y penetrancia virtualmente completa.

La enfermedad predomina en mujeres y es compatible con sobrevidas largas. Los síntomas importantes ocurren entre la cuarta y quinta décadas de la vida y habitualmente constan de malestar abdominal alto, sensación de plenitud postprandial, y ocasionalmente dolor en forma intermitente. Se puede encontrar masas abdominales y/o hepatomegalia en la exploración - clínica. La función hepática habitualmente se encuentra preservada dentro de datos de normalidad o sólo ligeramente alterada.

Los quistes son considerados como alteraciones embriológicas resultantes de una dilatación gradual de grupos de conductos biliares intralobulares, los cuales fallan a la involución embriológica normal en el desarrollo de la glándula hepática. -

Se conoce que los quistes están recubiertos por un epitelio cuboidal a semejanza de conductos biliares, y ocasionalmente algunos mantienen cierto tipo de persistencia con los mismos.

Bristowe en 1856, describió el primer caso de enfermedad quística del hígado no parasitaria, mismo que estaba asociado a enfermedad poliquística renal. El no especuló en relación al origen de los quistes, sin embargo, en ese entonces pensó que la coexistencia de los quistes en dos órganos diferentes era "una mera coincidencia". Ese mismo año Wilks, presentó en un congreso de la sociedad patológica de Londres un espécimen de patología de enfermedad poliquística en hígado y riñones, creyendo que los quistes del hígado no eran el resultado de un bloqueo del sistema biliar.

Muchas teorías fueron avanzando en relación a la patogenia de los quistes hepáticos, por lo que en 1906 Moschowitz publicó una revisión de 85 casos al mismo tiempo que propuso que los quistes provenían de conductos biliares aberrantes y que su origen estaba en la obstrucción congénita de los mismos, causando posteriormente una hiperplasia inflamatoria.

En 1918 Meyenburg, dió nombre a unos complejos formados por conductos biliares en los lóbulos hepáticos separados total--

mente de las áreas del sistema portal. En 1936 Davis, reportó una revisión de 499 casos de enfermedad poliquística hepática, de los cuales 226 fueron identificados al momento de una operación y 273 al momento de la autopsia. Del total de número de casos revisados, 187 fueron solitarios y únicos, 20 fueron solitarios multiloculados, 241 casos fueron quistes múltiples y los 51 restantes no fueron clasificados en ese tiempo.

Corresponde a Melnick en 1955, el haber realizado la investigación de la incidencia en la población general por un estudio de 30 años, con casos de autopsia, con lo que pudo reportar un caso de enfermedad poliquística hepática por cada 687 autopsias lo que corresponde a un 0.14% de incidencia en la población. Sanfelippo en 1971, realizó un reporte adicional de la Clínica Mayo con una incidencia de 17 por cada 10,000 exploraciones abdominales.

Al momento se conocen más de 600 reportes bibliográficos sobre la enfermedad poliquística hepática y su tratamiento. La primera descripción de las dilataciones quísticas y su clasificación en general es acreditada a Caroli en el año de 1958. El propuso la siguiente clasificación para la dilatación quística intrahepática y enfermedades relacionadas con la misma:

1. Enfermedad poliquistica hepática verdadera: en la cual -- los quistes se encuentran en el parénquima en asociación con múltiples complejos de Meyenburg, y que no se encuentran comunicados con el sistema biliar.

2. Enfermedad poliquistica mixta: en la cual la configuración es la misma que la del tipo I, pero es asociada con múltiples y severos ataques de colangitis, ya que ciertos quistes contienen bilis y están comunicados al sistema biliar.

3. Dilatación quística de conductos biliares intrahepáticos: en los cuales los quistes contienen bilis y están asociados con sintomatología florida y colangitis. Los complejos de Meyenburg están ausentes, y la dilatación prominentemente de los conductos biliares principales. Esta condición es la que ha sido considerada generalmente como enfermedad de Caroli.

4. Enfermedad congénita fibroquística: a donde se encuentran microquistes en relación estrecha con bandas de tejido fibroso (fibrosis biliar hamartosa), sin embargo, estas lesiones no ocurren en el tracto biliar y pueden coexistir signos de hipertensión portal por la fibrosis existente.

5. Quistes biliares múltiples en asociación con cambios fibroquísticos: en esta entidad de hipertensión portal es evidente y se encuentran quistes en el parénquima y sintomatología florida de colangitis (fiebre, dolor e ictericia).

Múltiples estudios se han realizado en relación al contenido del material de los quistes, en donde se ha obtenido que la mayoría de los mismos se encuentran estériles y ausentes de elementos formes en un examen citopatológico. Las concentraciones de calcio, fósforo y colesterol se encuentran en el líquido de los quistes en mucho menor relación a la del suero y la glucosa no es detectada. Mínimas cantidades de fosfatasa alcalina, transaminasa glutámico oxalacética y transaminasa glutámico pirúvica así como de deshidrogenasa láctica han sido encontradas; todas, por abajo de las cinco unidades por litro. Debajo de diez unidades por litro se llega a encontrar gamma-glutamyltranspeptidasa y proteínas usualmente por debajo de 0.6 gr por dl. No se ha llegado a encontrar fibrinógeno en su componente, y sólo pequeñas cantidades de alfa-1-antitripsina así como de alfa-2-macroglobulina y hepatoglobina se han detectado. Mediante análisis inmunoeléctroforéticos se ha llegado a demostrar la presencia de alfa-1 y alfa-2 globulina, transferrina e IgG y de IgA. Por radioinmunoanálisis se han llegado a detectar sales biliares en una cantidad ligeramente

mayor a aquellas detectadas en sangre. En análisis de aminoácidos muestra pequeña y variable cantidad de los mismos constituyentes encontrados en la sangre, excepto por taurina. Algunos aminoácidos han sido detectados en los componentes de un quiste y no necesariamente en los otros quistes coexistentes en un mismo hígado. La mayoría de los pacientes con enfermedad poliquística hepática se encuentran asintomáticos y con función hepática normal, en estos pacientes el tratamiento quirúrgico no está indicado. Cuando los síntomas relacionados por el paciente son por un quiste único de gran tamaño implantado en un hígado poliquístico, éste debe ser manejado de la misma manera que un quiste hepático solitario, ya que los síntomas de presión intrabdominal, dolor y plenitud postprandial, pueden persistir a pesar de efectuar múltiples drenajes externos.

Diversos tipos de tratamiento quirúrgico se han reportado para tratar desde quistes solitarios hasta la entidad conocida como enfermedad poliquística hepática, éstos van desde el simple drenaje externo, hasta lobectomías completas o parciales cuando innumerables quistes que se encuentran en áreas periféricas dejan poco tejido hepático residual normal. En 1968 el Dr. Tien Yu Lin, del Departamento de Cirugía del Hospital Universitario de Tai-pei en Formosa, reportó un nuevo tratamiento

quirúrgico para la enfermedad poliquística hepática que consiste en la fenestración y comunicación de todos los quistes que se encuentran en el parénquima. Esto produce, una mejora sintomática importante en los pacientes ya que disminuye la plenitud y la sensación de masa por la evacuación de los quistes y mejoría de la función hepática por descompresión del parénquima hepático adyacente a los quistes al ser drenados éstos últimos.

Este tipo de tratamiento (técnica del Dr. Lin), se trató de llevar a cabo en 15 pacientes intervenidos quirúrgicamente - en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, - de los cuales el reporte se hace a continuación.

MATERIAL Y METODOS.

Se revisan en el estudio en forma retrospectiva 15 pacientes que fueron llevados a cirugía por enfermedad poliquística hepática en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. En todos existían síntomas importante que ameritaron el ser intervenidos; el tratamiento que se llevó a cabo fue desde simple drenaje con fenestración de los quistes y comu-

nicación de unos con otros (técnica del Dr. Lin), hasta hepatectomías segmentarias cuando posterior a la fenestración o el drenaje de quistes muy grandes en situaciones periféricas, ya fuese de quistes únicos o múltiples dejaran como remanente una lengüeta con muy poco parénquima hepático.

A continuación se darán algunos aspectos importantes de cada uno de los 15 casos intervenidos quirúrgicamente:

Caso 1.- B.E.H. Registro 96496. Paciente femenina de 68 años de edad la cual ingresó en Noviembre de 1978 por una tumoración abdominal de etiología desconocida, dentro de sus estudios preoperatorios las pruebas de función hepática, con fosfatasa alcalina, transaminasas y bilirrubinas fueron normales. No pudiendo llegar a un diagnóstico etiológico preciso fue llevada a laparotomía exploradora el 12 de Noviembre de 1978, a donde se encontró un quiste hepático gigante del lóbulo derecho y otro de pequeñas dimensiones hacia el lóbulo izquierdo. Se realizó colecistectomía y cistectomía completa del quiste gigante así como fenestración de los quistes pequeños. Dentro de la evolución postoperatoria la paciente tuvo una pequeña fístula biliar controlada, de la cual evolucionó sin problemas en espacio de una semana. Finalmente el drenaje de la fístula fue retirado y la paciente fue da

da de alta el 6 de Octubre de 1978.

El reporte patológico de la pieza fue de parénquima hepático normal adherido al quiste y un quiste seroso simple con peso de 2.9 Kg y dimensiones de 20 X 20 X 30 cms. La paciente fue vista por última ocasión en la consulta externa el 16 de Noviembre de 1985 asintomática, con pruebas de función hepática normales y en buen estado general.

Caso 2.- N.S.M.P. Registro 102006. Paciente femenina de 42 años que llegó al Instituto con diagnóstico establecido de enfermedad poliquística (tanto hepática como renal), las pruebas de función hepática mostraban discreta elevación de fosfataza alcalina hasta 117 unidades, así como discreta elevación de transaminasas de hasta 60 para TGO y hasta 76 para TGP, -- restos de exámenes normales a su ingreso. La paciente refería molestias abdominales importantes con plenitud postprandial, sensación de masa abdominal y ocasionalmente dolor. Fue llevada a cirugía en Mayo de 1980 en donde se efectuó fenestración de quistes hepáticos múltiples con comunicación de los mismos entre sí y resección hepática de un segmento del lóbulo derecho.

En el transoperatorio por una lesión sospechosa en el antro, -

con ganglios a este nivel, se hizo el diagnóstico de adenocarcinoma gástrico, por lo que en el mismo tiempo quirúrgico se efectuó una gastrectomía total extendida. La paciente tuvo una evolución satisfactoria. Sin embargo, fue vista nuevamente en Enero de 1982 con diagnóstico de esofagitis intensa y molestias abdominales, por lo que se reoperó a los pocos días con la sospecha de recidiva tumoral ya que se encontró una fosfatasa alcalina importantemente elevada. En efecto, la paciente en la laparotomía exploradora se encontró como portadora de una carcinomatosis avanzada en la cual ya no se llevó a cabo ningún tipo de tratamiento quirúrgico. La paciente fue dada de alta voluntaria por sus familiares, el 30 de Abril de ese mismo año del Instituto, en condiciones de mal estado general.

Caso 3.- E.A.P. Registro 108124. Paciente femenina de 58 años de edad que ingresó al Instituto en Abril de 1981, con un padecimiento de diez años de evolución, en relación a hepatomegalia importante e hipertensión portal secundaria. Las alteraciones que presentaban exámenes preoperatorios era ligera elevación de la fosfatasa alcalina hasta 92 unidades e inversión de la relación albúmina-globulina, con valor de -- 0.8. El resto de los exámenes eran normales. Se realizó el diagnóstico de masa hepática por lo que fue operada el 12 de

Mayo de 1981, realizándose colecistectomía y extirpación casi total de un quiste gigante del lóbulo derecho del hígado así como fenestración de quistes de menor tamaño. El reporte de patología se dió como pared de quiste con fibrosis intensa y tuberculomas así como parénquima hepático con hepatitis granulomatosa. La evolución de la paciente fue tórpida, en un inicio con un estado hiperdinámico de fase I de sepsis, los tubos de drenaje que hubo necesidad de dejar se retiraron posterior a un mes de la cirugía, con lo que hubo posteriormente elevaciones térmicas aisladas, que sin embargo, -- fueron desapareciendo en el transcurso de aproximadamente -- tres meses. Fue reintervenida quirúrgicamente en Agosto de 1982, por la presencia de un absceso subhepático mismo que -- fue drenado al exterior con buenas evolución postoperatoria. Posterior a ésto la paciente evolucionó sin problemas teniendo su última consulta en Enero de 1983 y siendo dada de alta por buena evolución. Al presente tiempo la paciente no ha referido molestia alguna.

Caso 4.- A.T.T. Registro 106153. Paciente femenina de 65 años de edad que ingresó con masa abdominal dependiente de hígado con molestias locales importantes de tipo doloroso. -- Fue intervenida quirúrgicamente en Julio de 1981, encontrándose un quiste del lóbulo derecho gigante así como múltiples

quistes de menor tamaño. Se llevó a cabo trisegmentectomía hepática derecha y fenestración de los quistes de pequeño tamaño restantes. La evolución postoperatoria de la paciente fue sin problema alguno. Los exámenes de laboratorio fueron normales tanto en forma preoperatoria como postoperatoria sin encontrarse anomalía alguna en las pruebas de función hepática. La paciente fue vista en consulta externa el 18 de Julio de 1986 asintomática y con exámenes de laboratorio que -- mostraban únicamente un ligero aumento de la fosfatasa alcalina hasta 108 unidades, con transaminasas de 24 unidades para TGP y 46 para TGO.

Caso 5.- L.E.B. Registro 109590. Paciente femenina de 33 años, en quien se realizó el diagnóstico de hígado poliquístico con historia clínica de una masa tumoral con crecimiento progresivo y datos de compresión abdominal importantes. Las pruebas de la paciente en relación a pruebas de función hepática eran absolutamente normales. Fue llevada a cirugía el 21 de Agosto de 1981 en donde se realizó fenestración y comunicación de quistes hepáticos no encontrándose enfermedad poliquística afectando el riñón. Tuvo una muy buena evolución postoperatoria siendo dada de alta el 2 de Septiembre de 1981. En consultas subsecuentes, como paciente externa, ha tenido una muy buena evolución con patrones de función hepática normales,

y sólo en la serie gastroduodenal se ha podido apreciar el desplazamiento del estómago por la glándula hepática, ésta última aumentada de tamaño en relación a su enfermedad poliquística. El diagnóstico de histopatología en este caso fue de quistes colómicos con calcificaciones en su pared.

Caso 6.- C.C.G. Registro 108860. Paciente masculino de 58 años de edad, quien llegó al Instituto con diagnóstico de tumoración abdominal en estudio. Dentro de los estudios realizados se encontró un hepatogramama con múltiples defectos de llenado y con ultrasonido hepático se llegó al diagnóstico de hígado poliquístico. En base, a sintomatología importante en relación a compresión fue llevado a cirugía el 7 de Julio de 1981, en donde se efectuó drenaje de un gran quiste del lóbulo izquierdo así como de los múltiples encontrados en toda la glándula hepática. En este paciente, como hallazgo transoperatorio se mandó para estudio un nódulo hepático y parte de epiplón mayor adherido a él, que fueron reportados en patología como melanoma maligno metastásico. La evolución del paciente fue con producción importante de ascitis así como náusea y vómito pertinaz, dándose de alta voluntaria por los familiares una semana posterior a la cirugía, no conociendo su evolución posterior.

Caso 7.- CH.D. Con registro 114031. Paciente femenina de 47 años de edad quien ingresó al Instituto con tumoración abdominal palpable y mediante tomografía axial computada se llegó al diagnóstico de enfermedad poliquística hepática. Fue llevada a cirugía el 14 de Octubre de 1982, realizándose fenestración de quistes hepáticos, comunicando unos con otros. La localización de los mismos era más importante en el lóbulo izquierdo del hígado. En la misma paciente se hizo el hallazgo transoperatorio de endometriosis en ileon terminal, útero y bazo. La paciente tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio tuvo pruebas de función hepática normales. Fue dada de alta ocho días después de la cirugía en buen estado general y su evolución posterior ha sido satisfactoria. Fue vista en consulta externa en Marzo de 1987 asintomática y sin problemas. El hallazgo de patología de los fragmentos de paredes quísticas fueron reportados como quistes simples.

Caso 8.- M.G.G.M.C. Con registro 112955. Paciente femenina de 48 años de edad que había sido previamente operada dos años antes por hepatomegalia y sospecha de absceso hepático amibiano, encontrándose en esa ocasión enfermedad poliquística hepática, habiéndose drenado únicamente el mayor de los quistes, y habiendo dejado una sonda que se retiró en forma posterior. A su ingreso las pruebas de función hepática eran

absolutamente normales y la paciente refería datos de compresión importante sobre estómago con plenitud postprandial temprana y molestia dolorosa. Fue llevada a cirugía el 7 de -- Enero de 1983, realizándose fenestración y comunicación de quistes hepáticos múltiples así como resección de un segmento del lóbulo izquierdo. En consultas posteriores la paciente sólo ha relatado molestias vagas en el cuadrante superior derecho del abdomen por hepatomegalia persistente que se maneja médicamente. Sus pruebas de función hepática han permanecido sin alteración alguna.

Caso 9.- E.D.M. Con registro 120778. Paciente masculino de 45 años de edad. El paciente fue referido al Instituto con diagnóstico conocido de enfermedad poliquística con afección hepatorrenal, y con historia de haber presentado cuadros de colangitis en forma previa no presentes en ese momento. A la exploración se encontraba hepatomegalia importante y dolor en el área del cuadrante superior derecho del abdomen. Las pruebas de función hepática se encontraban dentro de límites normales. La cirugía fue realizada el 28 de Mayo de -- 1984, con el hallazgo transoperatorio de esplenomegalia importante de hasta dos veces su tamaño normal, y se realizó colecistectomía, biopsia hepática y fenestración de los quistes con comunicación de unos con otros de acuerdo a técnica

Lin. El paciente evolucionó en el postoperatorio satisfactoriamente sin alteración posterior de pruebas de función hepática. Fue visto en la consulta externa en forma posterior sin sintomatología alguna. El departamento de patología únicamente corroboró pared de quistes simples.

Caso 10.- L.E.G. Con registro 123691. Paciente femenina de 63 años de edad. Que ingresó el día 4 de Enero de 1985 al Servicio de Urgencias con hepatomegalia importante, ictericia y datos de insuficiencia hepática. Mediante estudio tomográfico se evidenció un quiste tabicado del lóbulo izquierdo. Las pruebas de función hepática mostraron elevación de fosfatasa alcalina a 245 unidades, inversión de albúmina-globulina a 0.7, transaminasas elevadas a 135 de TGP y 90 de TGO, bilirrubina total de 2.5, con directa de 1.2 e indirecta de 1.3. Fue llevada a cirugía el mismo día encontrándose en el transoperatorio con un hígado de aspecto cirrótico, a pesar de lo cual se realizó colecistectomía, hepatectomía segmentaria del lado izquierdo y exploración de vías biliares. La evolución del paciente fue en deterioro franco y progresivo a las pocas horas del postoperatorio, hasta fallecer en choque séptico 24 horas después, junto con un componente cardiogénico importante. El reporte de patología demostró cistoadenoma biliar, cirrosis hepática con actividad -

leve, y colecistitis crónica inespecífica. Al mismo tiempo - los cultivos tomados en el transoperatorio desarrollaron pseudomona Aeuroginosa.

Caso 11.- J.S.G. Con registro 126433. Paciente femenina de 38 años de edad. Ingresa el 2 de Noviembre de 1985 con una - hepatomegalia nodular, sensación de llenura postprandial importante y cuadrante superior derecho del abdomen doloroso. - No se encontraron datos de insuficiencia hepática, no se encontró ictericia y las pruebas de función hepática se encontraban dentro de límites normales. Fue llevada a cirugía el 4 de Noviembre de 1985, realizando fenestración y comunicación de quistes en el lóbulo derecho, con hepatectomía de un segmento del lóbulo izquierdo por múltiples quistes a este nivel. La evolución postoperatoria, cuenta con el desarrollo de un absceso subfrénico, por lo que fue reoperada el 19 de Noviembre del mismo año dejando sondas de derivación externas, las cuales fueron retiradas ya en la consulta externa tres semanas después. En esta paciente se corroboró elevación discreta de transaminasas en el postoperatorio inmediato, como única anomalía en sus pruebas de función hepática. Posteriormente - ha sido vista en la consulta externa teniendo una última consulta en Enero de 1987, en donde se encuentra con datos de insuficiencia aórtica, bajo tratamiento médico sin ninguna otra

alteración.

Caso 12.- C.R.Q. Con registro 128623. Paciente masculino - de 51 años de edad que fue referido a la Institución el 17 de Marzo de 1986, por presentar una masa abdominal, que por tomografía correspondió a un quiste del segmento lateral del lóbulo izquierdo, que ejercía con presión gástrica importante con sintomatología. En este paciente se realizó panangiografía - donde se demostró la ausencia de vasos sanguíneos en relación con la masa. Las pruebas de función mostraban aumento de la fosfatasa alcalina hasta 170 unidades, la relación albúmina--globulina se encontraba invertida con 0.72, sin otros datos - de anormalidad. Fue llevado a cirugía el 24 de Marzo de 1986, realizándose lobectomía hepática izquierda segmentaria, con - fenestración de quistes de menor tamaño. La evolución del pa- ciente en el postoperatorio fue con bajo gasto cardíaco, por probable sangrado que requirió de transfusiones con mejoría - importante posterior a las mismas. Dos meses después fueron retiradas sondas que se habían dejado drenando la cavidad abdominal. El paciente ha sido visto posteriormente en la consulta, asintomático y con pruebas de función hepática norma- les. Los hallazgos de patología mostraron quiste hepático -- simple como hallazgos histológico.

Caso 13.- A.C.B. Con registro 131198. Paciente femenina de 42 años de edad, que ingresó al Instituto en Octubre de 1986, con la evolución de siete años de dolor en hipocondrio derecho, opresivo, irradiado a fosa lumbar del mismo lado. Negaba fiebre, náuseas o vómito. En el ultrasonido se detectaron múltiples quistes en hígado y riñón derecho. Las pruebas de función hepática eran normales en forma preoperatoria. Fue llevada a cirugía el 3 de Noviembre de 1986, realizando el procedimiento de Lin, con buena evolución postoperatoria. Las pruebas de función hepática sólo se modificaron los primeros días del postoperatorio regresando a la normalidad dos semanas después. La paciente fue vista en su última consulta de Mayo de 1987. Con sintomatología sugestiva de litiasis vesicular sin otras alteraciones. Las pruebas de función hepática eran normales y en ese tiempo se solicitaron exámenes para descartar litiasis vesicular, que no había sido corroborada al momento de la intervención previa.

Caso 14.- A.C.B. Con registro 131198. Paciente de 46 años de edad, que ingresa al Instituto el 28 de Octubre de 1986, con hepatomegalia dolorosa, síntomas de compresión abdominal, llenura postprandial. Las pruebas de función hepática se encontraban dentro de límites de normalidad. En ultrasonido practicado se corroboró la existencia de hígado poliquístico así como de riñones poliquísticos. La tomografía mostró co-

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

mo anormal los mismos parámetros ya mencionados. La paciente fue llevada a cirugía el 3 de Noviembre de 1986, realizándose fenestración, comunicación de quistes hepáticos, en este tiempo, no se dejaron drenajes abdominales en forma posterior. La evolución postoperatoria fue magnífica, con alteración de las pruebas hepáticas sólo en el postoperatorio inmediato en relación a descenso de la albúmina y disminución de la relación - albúmina-globulina, sin embargo, éstas se recuperaron íntegramente en la última consulta de Febrero de 1986 se encontró -- asintomática y fue dada de alta de la consulta cirugía.

Caso 15.- A.I.M. Con registro 132793. Paciente masculino - de 87 años, que ingresó al Instituto el 16 de Marzo dd 1987, con molestias de un años de evolución en hipocondrio derecho, sensación de masa abdominal a este nivel. Se realizó una tomografía axial computada que demostró un quiste hepático gigante, así como enfermedad poliquística hepática, quistes renales del lado izquierdo. Con el diagnóstico de enfermedad poliquística fue intervenido quirúrgicamente el 23 de Marzo - de 1987, con resección del 80% de la pared del quiste hepático localizado en el lóbulo derecho, y fenestración de los - - quistes de menor tamaño. Se dejaron canalizaciones de Penrose, por el despegamiento tan importante que se había realizado en el transoperatorio, mismos que fueron retirados progre-

sivamente en un lapso de cinco días. Las pruebas de función hepática tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio fueron normales y no sufrieron ninguna alteración. El estudio patológico demostró pared de quiste simple. El paciente fue visto en la consulta externa en forma posterior, sin sintomatología alguna.

RESULTADOS.

Como ya se mencionó, 15 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente, de los cuales 11 pacientes (74%) fueron del sexo femenino y cuatro (28%) fueron del sexo masculino. Las edades oscilaron entre 33 y 87 años, con una media de 53.2 años.

La totalidad de los casos se encontraba con sintomatología de masa abdominal y datos de compresión. Cuatro de ellos -- (28%), se encontraban además con dolor importante en el cuadrante superior derecho del abdomen. Además, cuatro pacientes se encontraban con sintomatología añadida por las siguientes causas: uno con hipertensión portal segmentaria, uno más con datos de colangitis, otro con datos de insuficiencia hepática, este paciente además cursaba con una cirrosis hepática

importante, y por último uno con compresión importante sobre la cámara gástrica y datos de oclusión de la luz a ese nivel por lo que la sintomatología en este paciente era mucho más aparatosa.

En 11 de los pacientes (74%), se encontraban las pruebas de función hepática dentro de límites de normalidad. En tres de ellos se encontraban alteraciones moderadas de las pruebas de función hepática en relación, aumento moderado de la fosfatasa alcalina, aumento moderado de transaminasas e inversión de la relación albúmina-globulina. En un paciente, mismo que cursaba con cirrosis e insuficiencia hepática se encontró alteración en todos los parámetros de función hepática mencionados previamente en el resumen de casos.

En la generalidad de los pacientes se llevó a cabo el procedimiento de Dr. Lin, en relación a quistes de pequeño tamaño, los cuales fueron fenestrados y comunicados unos con otros, además en diez pacientes (67%), se realizó algún tipo de resección por el hallazgo de quistes de gran tamaño; dentro de las cuales las resecciones fueron desde trisegmentectomía, lobectomía segmentaria, totalidad del quiste y resecciones segmentarias del quiste. En tres pacientes más (20%), se realizó al mismo tiempo colecistectomía. Y en un

sólo paciente, se realizó gastrectomía total extendida por el hallazgo transoperatorio de adenocarcinoma gástrico.

Como complicaciones operatorias, se encontró sepsis en tres - pacientes, los cuales desarrollaron en un caso un absceso sub hepático y en otro absceso subfrénico, el tercer paciente con sepsis se encontró con pseudomonas en cultivos de sangre, - - siendo este paciente el mismo que cursaba con cirrosis e insu ficiencia hepática. En un paciente más se tuvo una evolución tórpida, en relación a náusea pertinaz y vómito ocasional; -- sin embargo, este paciente se dió de alta voluntaria en el -- postoperatorio inmediato y la evolución posterior fue perdi- da.

En cuatro pacientes del grupo, se tuvieron asociación con - - otras entidades patológicas: en uno de ellos se encontró tu- berculoma en las paredes de los quistes resecaos; en otra pa ciente se encontró endometriosis a varios niveles de la cavi- dad abdominal; en otro más, un hígado macroscópicamente cirrótico; y en el último se corroboró el hallazgo de melanoma me- tastásico a hígado en el transoperatorio.

Dos pacientes más, evolucionaron con alteración moderada de - sus pruebas de función hepática en el postoperatorio inmedia-

to, mismas que regresaron a la normalidad dentro de las dos -
semanas siguientes. En dos pacientes (14%), se desarrollaron
fístulas biliares, que se controlaron adecuadamente y cerra-
ron en forma espontánea. Tres pacientes más (20%), se deja-
ron tubos de drenaje por resecciones hepáticas mayores; en --
dos pacientes, los tubos de drenaje fueron retirados en lap-
sos de mes y medio, y un mes respectivamente. En el tercer -
paciente únicamente se dejaron Penrose que se retiraron en --
término de dos semanas.

CONCLUSIONES.

La enfermedad poliquística hepática, se ha visto beneficiada
en las dos últimas décadas, en relación a su diagnóstico oportu-
no, gracias a la imagenología. Ha sido además tratada con
diversas técnicas quirúrgicas que van desde las grandes resecc-
iones hepáticas, hasta la fenestración y comunicación de - -
quistes. Esta última técnica, descrita por Lin y Cols., en -
1968, ha demostrado su eficiencia en el tratamiento de la en-
fermedad poliquística hepática, con quistes de tamaño reducido.
En nuestra serie en la que contamos además de este tipo de pa-
tologías con quistes de gran tamaño, se efectuaron tanto fenes-

traciones como resecciones quísticas y de parénquima hepático.

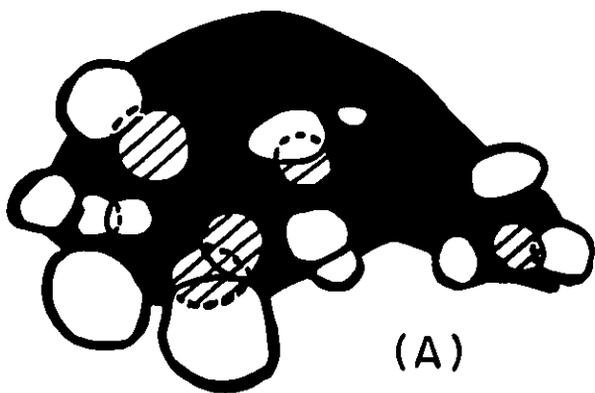
En los pacientes en los que únicamente se realizó la técnica - del Dr. Lin, no se tuvo alteración alguna en el postoperatorio y su curso de varios años fue sin complicaciones y con mejoría importante de los síntomas, causados principalmente por compresión intrabdominal importante. Como ya se ha mencionado, anteriormente en nuestro grupo de 15 pacientes, hubo algunas complicaciones entre abscesos postquirúrgicos y fístulas biliares que cerraron en forma espontánea, sin embargo, todos estos problemas se encontraron en relación a grandes resecciones tanto de quistes como de parénquima hepático.

Once de nuestros pacientes se encuentran al momento con sobrevida de hasta diez años en el mejor de los casos y con su problema de dolor y compresión intrabdominal resuelto. En tres - pacientes en donde no se ha podido seguir la evolución, solo - dos se encontraban en muy mal estado general en su última consulta, estos dos pacientes tenían en un caso adenocarcinoma - gástrico y otro melanoma metastásico, el tercero en su última consulta fue visto sin problema alguno y asintomático de su padecimiento de poliquistosis hepática. Un solo paciente paciente murió en el postoperatorio inmediato, sin embargo, como ya se mencionó anteriormente, este paciente se encontraba con una in

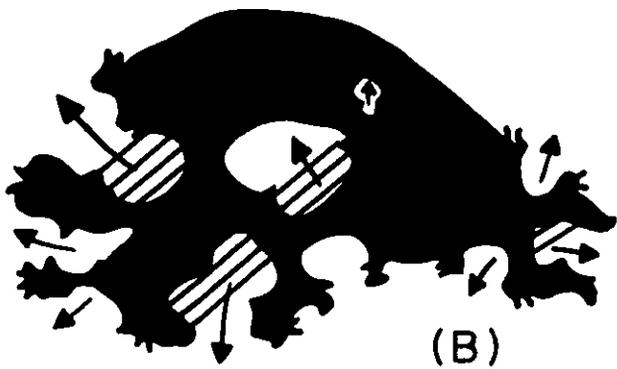
suficiencia hepática secundaria a cirrosis, teniendo en sus primeras 48 horas una recaída importante en su insuficiencia hepática y falla cardiogénica que condicionaron su muerte.

Pensamos, como en el resto de la literatura publicada, que el procedimiento de Lin es una buena alternativa para el tratamiento de la enfermedad poliquística hepática en relación a la sintomatología de compresión que ésta conlleva. Además, estamos de acuerdo en efectuar resecciones hepáticas cuando el tamaño de los quistes, o el parénquima remanente posterior a fenestración de múltiples de ellos, en una localización determinada y habitualmente periférica así lo amerite.

En el único caso en donde se encontró hipertensión porta secundaria a la compresión del parénquima hepático efectuado por los quistes, ésta fue resuelta en forma satisfactoria al efectuar la fenestración y comunicación de los mismos, así como la resección de parte del parénquima comprometido. Según algunos autores, ocasionalmente la hipertensión portal persiste, por lo que en esos casos es adecuado el realizar algún procedimiento ya fuera de devascularización esofagagástrica o de derivación portosistémica, si es que ésta da manifestaciones de sangrado.



(A)



(B)

FIG. A.-HIGADO POLIQUISTICO CON
QUISTES SUPERFICIALES Y
PROFUNDOS

FIG. B.-FENESTRACION Y COMUNICACION
DE QUISTES (TECNICA DE LIN)

BIBLIOGRAFIA

1. Tien-yu Lin, M.D.; Chiou-Chiang Chen, M.D.; Shih-Ming Wang, M.D. Treatment of nonparasitic cystic disease of the liver: A new approach to therapy with polycystic liver. *Annals of surgery*. Vol 168, No. 5, November 1968.
2. Longmire W. Jr., M.D.; Tompkins Ronald, M.D. *Manual of Liver surgery*. Chapter 8. Pags. 118-156. Springer-verlag. 1981.
3. Mc Garrity, T.M.D. et al. Refractory ascites associated -- with polycystic liver disease digestive disease and sciences. Vol. 31, No. 2. February 1986.
4. Sabe G., Edwards G.A. Polycystic liver disease with portal hypertension. *Archives of internal medicine*. Vol. III, Pags. 226-227, 1963.
5. Woodring, J.; Fried, A.; Lieber, A. The gallbladder in polycystic liver disease. *JAMA*, Vol. 246, No. 8, August 1981.
6. Summerfield, J.A.; Nagafuchi, Y. Sherlock, S.; Cadafalch, J.; and Schever, P.J. Hepatobiliary fibropolycystic diseases a clinical and histological review of 51 patients. *Journal of hepatology*. Vol. 2, Pags. 141-156. 1986.
7. Patterson, M.; Gonzalez-Vitale, J.; Fragan, Ch. Polycystic liver disease: A study of fluid constituents. *Hepatology*. Vol. 2, No. 4, 1982.

8. Litwin D.; Taylor B.; Greig P.; Langer B. Non parasitic - cysts of the liver. *Annals of surgery*. Vol. 205, No. 1, 1987.
9. Partial resection and fenestration in the treatment of polycystic liver disease. *British Journal Surgery*, Vol. 71, No. 3, 1984.